

DE L'ARTHROTOMIE

ET

DE LA RÉSECTION

DANS LES

LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES DU POUCE EN ARRIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EDMOND LAMBERGER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né le 3 décembre 1864, à Savigny-en-Revermont (Saône-et-Loire).



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

DE L'ARTHROTOMIE

ET

DE LA RÉSECTION

DANS LES

LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES DU POUCE EN ARRIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EDMOND LAMBERGER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né le 3 décembre 1864, à Savigny-en-Revermont (Saône-et-Loire).



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Clinique médicale	{	MM. LÉPINE.
Clinique chirurgicale	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générale		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET,	agrégé.
Accouchements	POULLET,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ETIÉVANT, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, *Président*; M. CHANDELUX, *Assesseur*; MM. GANGOLPHE et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LEURS FAMILLES

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0013

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, la thérapeutique des luxations du pouce en arrière a été quelque peu négligée. La thèse inaugurale du Dr Thiau de Paris (1887) renferme un exposé assez complet des divers traitements. Les méthodes sanglantes y sont longuement discutées, on y trouve tous les moyens mis en œuvre pour lutter contre l'irréductibilité de ces luxations, mais l'auteur se borne à l'énumération des modes opératoires en reproduisant presque exclusivement les conclusions du mémoire de Farabeuf de 1876.

Nous ne saurions contester la valeur des idées émises par le Professeur de Paris. En montrant la prin-

cipale cause d'irréductibilité, il a indiqué de la façon la plus claire, les traitements qu'il convenait de lui appliquer, toutes sortes de faits méconnus jusqu'à cette époque. La question paraissait même définitivement tranchée, si, par la suite, quelques faits, épars en raison même de la rareté de ces luxations, n'étaient venus réclamer des interventions plus énergiques que celles édictées par M. Farabeuf.

Les manœuvres habituelles à l'aide de la pince de cet auteur ne sont pas toujours d'une grande efficacité dans les luxations complexes, de même que les incisions sous-cutanées ou à ciel ouvert des ligaments de l'articulation ne conduisent pas à un résultat idéal.

Il semble d'autre part qu'avec la découverte et la généralisation de l'antisepsie, il soit utile de reviser ce qui a été dit jusqu'à ce jour de l'intervention sanglante. Les mauvais résultats qui ont jeté tant de discrédit sur l'arthrotomie et les résections osseuses ne doivent-ils pas être imputés en grande partie à l'ignorance de l'antisepsie? Aussi avons-nous pensé qu'à une époque où, par le fait d'un danger moindre, la chirurgie agrandissait son champ opératoire, la résection osseuse, dans les luxations irréductibles du pouce en arrière, devait participer au mouvement général et méritait la réhabilitation.

Le sujet de notre travail nous a été inspiré par notre maître, le docteur Montaz, chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble, qui, au cours de notre internat dans son service, nous a montré un résultat éloigné d'une

résection de la tête métacarpienne faite dans un cas d'irréductibilité tenace, dont nous publions l'observation plus loin.

Notre premier chapitre comprendra l'historique des différents modes d'intervention sanglante avec une critique sommaire de chacun d'eux.

Puis, dans une seconde partie, nous envisagerons particulièrement la résection.

Nous nous efforcerons de démontrer qu'elle constitue une ressource certaine et une opération de peu de gravité, principalement dans les luxations datant de plusieurs jours, alors que toutes les autres méthodes ont échoué.

Dans un troisième chapitre nous indiquerons, du mieux qu'il nous sera possible, le manuel opératoire que nous ferons suivre de trois observations, dont l'une est empruntée au *Traité des résections* de M. le professeur Ollier, la deuxième fournie à nous par M. le professeur Poncet, et dont la troisième nous est personnelle.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous formulerons brièvement les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de notre modeste travail.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici notre maître le docteur Montaz, pour les excellentes leçons qu'il nous a prodiguées pendant notre internat et pour la complaisance avec laquelle il a mis sa bibliothèque à notre disposition.

M. le professeur Poncet, après nous avoir aidé de ses

conseils éclairés, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Que ce maître éminent reçoive ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons pas dans nos remerciements nos maîtres des hôpitaux de Grenoble, MM. Berger, Pegoud, etc., dont nous avons su apprécier l'extrême bienveillance et nos collègues d'internat, MM. Croizat, Isnel et Salva dont plus d'une fois nous avons mis à contribution l'inépuisable amabilité.

CHAPITRE PREMIER

C'est au commencement de ce siècle que l'intervention opératoire a été pour la première fois mise en pratique pour lutter contre l'irréductibilité du pouce en arrière (1). Encore n'apparaît-elle en France que beaucoup plus tard.

Avant ce temps on abandonnait la luxation à elle-même dans les cas où les manœuvres de traction ou d'impulsion en avant diversement combinées à la flexion en arrière n'avaient pas été suffisantes pour amener la réduction.

De nos jours encore, certains chirurgiens se sont montrés partisans de l'abandon de l'articulation luxée,

(1) Evans de Kettey, Hey, *Pract. obs. in Surgery*, 3^e édition, 1814.

ainsi qu'en témoigne l'observation de Labbé, tirée de la *Gazette des Hôpitaux* (1864) :

« Tentatives de réduction diverses, toutes restées sans résultat. Le malade exécute des mouvements beaucoup plus étendus, et si on doit renoncer à l'espoir d'une réduction complète, on peut espérer que le malade pourra plus tard se servir convenablement de son pouce, ainsi qu'on l'a observé dans plusieurs faits de ce genre. »

A côté de ce cas, on peut ranger ceux de Ballingall, de Dupuytren, de Pailloux, de Blandin, de Gensoul, de Bourguet, de Laroyenne, etc...

En effet, quand pour une raison quelconque la réduction n'a pu être obtenue, on aboutit, en favorisant le travail de la nature par des manœuvres appropriées, à la formation d'une nouvelle articulation à laquelle on peut rendre une partie des fonctions de l'articulation normale.

« Dans les luxations anciennes, dit M. Lafaurie, de nouvelles surfaces articulaires apparaissent ; ces surfaces s'adaptent et se plient à la longue aux mouvements qu'on leur fait subir, si bien que lorsque la mobilité est assez grande, elles se rapprochent de la conformation normale. »

Mais cette luxation abandonnée à elle-même présente de sérieux inconvénients. M. Japiot (1) en signale deux principaux : « une difformité considérable d'abord, puis la gêne dans les mouvements de flexion et d'extension. »

(1) Japiot, thèse de Paris, 1875.

Il publie à ce sujet une observation dans laquelle il montre une tumeur considérable au-dessous de l'éminence thénar, constituée par l'os métacarpien. La phalangette était fléchie sur la phalange en sorte que le pouce affectait la forme d'un Z. Les mouvements d'opposition étaient conservés; les mouvements d'abduction et ceux d'adduction étaient gênés; les mouvements d'extension étaient rudimentaires; quant aux mouvements de flexion, ils étaient nuls.

M. Blum, (1) fait une remarque à peu près identique: « Dans les luxations anciennes non réduites, les mouvements de flexion et d'extension sont notablement gênés, mais les mouvements d'opposition sont conservés. »

Ainsi donc, les luxations non réduites laissent en plus d'une difformité considérable une articulation défectueuse au point de vue fonctionnel, deux raisons suffisamment importantes pour décider les chirurgiens à ne point s'en tenir là et à recourir à l'intervention sanglante.

Si à ces considérations nous ajoutons que dans certains cas où les manœuvres ont été très violentes, la gangrène des téguments peut survenir à la suite de compression par la tête du métacarpien (2), nous pourrions dire non seulement qu'on aura raison de recourir à la méthode sanglante, mais encore que dans certaine cas elle devient une mesure nécessaire et indispensable.

Avant la découverte de l'antisepsie, on craignait à

(1) Blum, *Chirurgie de la main*, Asselin, 1882.

(2) Berlin, *Klin. Wochenschrift*, n° 36, 1877, in *Revue Hayem*, t. XI, page 293.

juste titre d'exposer à l'air une articulation largement ouverte. Aussi les premières tentatives de réduction par la méthode sanglante furent-elles d'une excessive prudence.

Un procédé qui fut longtemps en honneur consistait dans l'incision sous-cutanée. Bell, Blandin, Vidal de Cassis et bien d'autres, eurent recours aux sections sous-cutanées soit des muscles, soit des ligaments.

Blandin (1) coupa les ligaments latéraux, les attaches du court abducteur et le faisceau externe du court fléchisseur. La luxation résista à tous les efforts.

Huguier fut plus heureux. En sectionnant les ligaments latéraux, il parvint à réduire (2).

Mais on comprend sans peine qu'une intervention de ce genre ne conduisait pas à un résultat certain et que cette façon d'agir à l'aveuglette, outre qu'elle exposait à la section d'organes importants, n'était pas de nature à satisfaire l'esprit des chirurgiens.

L'incision timide des ligaments de l'articulation devait être détrônée par une incision large, qu'on appela *incision à ciel ouvert* et qui fut inaugurée par Dupuytren.

Le premier, il eut la hardiesse, dans un cas de luxation ancienne, d'ouvrir l'articulation et de faire l'incision, à ciel ouvert, des liens fibreux et musculaires qui s'opposaient à la réduction (3). Mais, ajoute M. Poinso, « l'observation n'ayant point été publiée, le résultat définitif demeura ignoré. »

(1) In Poinso, *Revue de Chirurgie*, 1883.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1848, in Poinso.

(3) Dictionnaire en 30 volumes, art. Main, p. 522.

Trente ans se passèrent sans qu'aucune intervention de ce genre ne vînt s'ajouter au cas de Dupuytren, trente ans pendant lesquels, dit M. Poinso, l'arthrotomie fut « oubliée » ou pour parler plus exactement « fut condamnée ».

On redoutait alors, avec beaucoup de raison d'ailleurs, la pénétration d'un instrument dans l'intérieur des articulations. Nous savons quel était à cette époque le pronostic d'une plaie pénétrante articulaire : l'amputation du membre blessé devenait toujours nécessaire si on voulait voir échapper le malade à la mort.

Dans l'arthrotomie, avant l'antisepsie, on produisait involontairement de ces plaies pénétrantes des articulations avec tous les accidents qui les accompagnaient habituellement.

Voilà pourquoi l'ouverture de l'articulation fut condamnée pendant trente ans, et ce qui le prouve c'est qu'on la voit se relever, avec l'apparition des pansements antiseptiques, du discrédit où elle était tombée.

Lücke (1), en 1871, après des manœuvres de réduction restées inutiles, attendit huit jours, fit une incision à la face palmaire et ne put réduire par des efforts d'extension, de flexion et de rotation. Le tendon du long fléchisseur fut dégagé avec un long crochet mousse. La résistance à la réduction siégeait dans l'interposition de l'os sésamoïde qu'il coupa et enleva. Il put alors réduire. Mais la réduction était difficile à maintenir et comme l'articulation était malade et suppurait, il fit la résection de la tête métacarpienne.

(1) Lücke, Berlin, *Klin, Wochenschrift*, 1871.

Lücke montrait ainsi que l'arthrotomie devenait moins dangereuse par le fait même de l'application de l'antisepsie.

Toutefois, il ne devait pas être entendu et ce n'est qu'en 1876 qu'Esmarch, de Kiel, dans deux cas de luxation, dont l'une compliquée de plaie, y eut recours avec un plein succès (1).

Nous avons jugé utile de reproduire *in extenso* l'une d'elles, autant pour montrer que dans l'irréductibilité le véritable obstacle a été reconnu dès qu'on a ouvert une articulation luxée que pour faire remarquer les bons effets du pansement antiseptique dans les blessures réputées les plus graves, luxations compliquées de plaies, c'est-à-dire articulations infectées.

Cette luxation compliquée de plaie existait chez un ouvrier âgé de vingt-neuf ans. Sur la face palmaire de l'articulation, on voyait une déchirure transversale béante, longue de 16 millimètres au fond de laquelle on apercevait le bord antérieur de la surface articulaire dénudée de la tête du métacarpien. Sur le milieu de l'os se trouvait fortement tendu le tendon du long fléchisseur du pouce. La base de la première phalange formait une saillie visible au dos de la main. Doigt immobile dans l'extension forcée. Diverses tentatives de réduction demeurèrent infructueuses.

L'anémie artificielle fut faite, et on constata ce qui suit :

Le ligament capsulaire arraché au niveau de son insertion au côté palmaire de la tête métacarpienne laissait voir par l'orifice la cause d'irréductibilité.

(1) Waitz, Berlin, *Klin. Wochenschrift*.

Le ligament rétracté en arrière de la tête du métacarpien s'était interposé entre la base de la phalange et le col du métacarpien de façon à constituer une boutonnière étroite qui retenait la tête de cet os.

Par de petites incisions, on agrandit des deux côtés la déchirure du ligament, mais cela fut insuffisant pour obtenir la réduction. Il fallut, pour y arriver, dilater l'ouverture capsulaire au moyen de deux crochets à strabotomie.

Lavages soigneux de la plaie avec une solution phéniquée. Les lèvres de la blessure se réunissent par première intention. Pas de fièvre. A la fin de la deuxième semaine, la cicatrisation était parfaite, et le pouce jouissait de l'intégrité de ses mouvements.

Dans le second cas, la luxation était analogue, et l'irréductibilité reconnaissait les mêmes causes. Toutefois, elle présentait en plus cette particularité que le tendon du long fléchisseur s'était luxé en même temps que les os et interposé entre la tête du métacarpien et la base de la phalange. Un crochet mousse suffit pour le saisir et le soulever, et dès lors la réduction s'opère très facilement.

Le vingtième jour, le malade sortait de l'hôpital, sa plaie presque entièrement cicatrisée; quelques jours après, l'incision était refermée, et le pouce avait récupéré ses mouvements.

Ces deux observations sont d'un haut intérêt à un double point de vue. Elles montrent d'abord que la cause véritable d'irréductibilité est due à l'interposition du ligament antérieur entre les deux surfaces articulaires, fait qui confirme les expériences cadavériques

de M. Farabeuf, publiées la même année, et en second lieu elles sont une preuve de l'innocuité de l'ouverture d'une articulation faite sous la protection de l'antisepsie. Désormais, le traitement sanglant à ciel ouvert ne sera plus rejeté à cause des accidents qu'il peut provoquer; l'arthrotomie a fait son entrée dans la thérapeutique opératoire des luxations du pouce.

Nous venons de voir qu'à l'intervention sanglante dans les luxations irréductibles s'appliquaient deux grandes méthodes : l'une, prudente, conduisait par une ouverture étroite à la recherche des obstacles présumés. Elle repose sur la diversité des opinions relatives aux causes d'irréductibilité et varie suivant que l'on accuse un muscle, un tendon ou un ligament de gêner la réduction. On pourrait par conséquent la qualifier de méthode *a priori*.

La seconde, plus audacieuse, étale au grand jour par une large incision les obstacles à la réduction qu'elle attaque à mesure qu'ils se présentent sous la pointe du bistouri. Nous pourrions, pour ce fait, l'appeler méthode *a posteriori*.

Ces deux méthodes s'appliquent indifféremment à la section des ligaments, des muscles et des tendons, autrement dit à la section des parties molles, mais s'agit-il de s'attaquer au squelette ou d'enlever une portion de ligament, la seconde seule persiste.

Nous avons emprunté à M. Thiau (thèse de Paris, 1887), la classification des diverses interventions sanglantes. Il en reconnaît cinq :

- 1° L'incision des ligaments latéraux ;
- 2° L'incision du ligament antérieur ;

3° L'incision des muscles ;

4° L'incision des tendons du long fléchisseur et du court extenseur ;

5° Les résections osseuses.

Nous allons passer successivement en revue les quatre premières en réservant pour un second chapitre la cinquième et dernière, en raison de sa plus grande importance.

1° LIGAMENTS LATÉRAUX

La division des ligaments latéraux est une des opérations les plus anciennes. B. Bell, d'après Velpeau, la pratiquait au moyen d'une aiguille à cataracte.

On cite plusieurs cas où cette section fut suffisante pour remettre en place les os luxés. Reinhardt, dans un cas rebelle coupe les deux ligaments et réduit (1).

Hamilton cite plusieurs chirurgiens américains à qui les sections doubles ont réussi ; lui-même a dû couper des deux côtés dans un cas ; dans un autre, la section d'un seul ligament fut suffisante (2).

Taaffe (3) essaie en vain de réduire par la traction, une luxation chez un enfant de douze ans. Pendant la traction, il introduit un ténotome sur la tête métacarpienne et coupe de chaque côté une corde tendue. La réduction ne fut possible qu'après que les deux cordes

(1) *Méd. Zeitung*, 1836.

(2) *In* Mémoire Farabeuf, p. 56.

(3) *The Lancet*, 1873.

furent coupées. Dans cette opération, Taafe sectionna de plus le tendon du court extenseur. Cette section contribua-t-elle à favoriser la réduction? Il nous est impossible de le déterminer.

Pauli et R. Druitt réussirent également par la section des ligaments latéraux.

De nos jours, M. Farabeuf y est revenu et il en fait même une ressource précieuse (1) :

« La traction développe en effet, ordinairement sur la peau et du côté dorsal deux cordes tendues latérales. C'est que les deux ligaments latéraux incomplètement rompus ont conservé tout au moins cette racine périostique dont j'ai parlé; l'allongement obtenu, malgré ces cordes, est trop minime pour être efficace. Si on les rompt ou si on les coupe, l'allongement devient facile et l'écartement suffisant.

« Mais il faut les couper ou les rompre toutes les deux; si on ne coupe que l'externe comme on l'a fait bien souvent, l'interne le plus solide, peut annuler les effets de cette section. En général, le ligament interne ayant seul conservé de la solidité, ce serait lui qu'il faudrait attaquer de préférence.

« Il n'y a pas de milieu; ou bien il faut renoncer à produire un écartement suffisant par la traction dans l'axe, ou bien il faut supprimer le reste de résistance des ligaments latéraux en les déchirant ou en coupant tous les deux. »

Enfin dernièrement, M. Andrews dans *l'Encyclopédie internationale de Chirurgie* (2) ne préconise pas une

(1) Mémoire, p. 56.

(2) Thiau, Thèse de Paris, 1887.

autre opération : « Quand toutes les méthodes échouent, dit-il, la section sous-cutanée des ligaments latéraux, que l'on peut combiner avec la division du court fléchisseur du pouce, faite dans les conditions antiseptiques, est bien indiquée, et, plutôt que de laisser persister la déformation, la chirurgie doit adopter cette opération, qui s'appuie à la fois sur le raisonnement et sur l'expérience. »

Par contre M. Roser rejette cette opération, « parce que, dit-il, on peut se convaincre sur le cadavre de l'incertitude de ces sections. » De même M. Richet trouve la ténotomie trop incertaine.

2° LIGAMENT ANTÉRIEUR

L'incision du ligament antérieur est des plus récentes, bien que l'idée de s'attaquer au ligament soit ancienne.

Desault (1744-1795) avait songé à pénétrer dans l'articulation pour couper ou accrocher le ligament glénoïdien. Gunther, Cruveilhier, Numphry et ensuite Flower parlent d'inciser le ligament glénoïdien et d'accrocher les os sésamoïdes (1).

M. Roser se déclare partisan de cette opération. « Il faut, dit-il, pénétrer à côté du tendon extenseur par un petit espace et rechercher la position de la capsule interposée et des os sésamoïdes ; puis, il faut faire une petite incision latérale, immédiatement à côté de l'os sésamoïde, au bord de la partie interposée, pour que la tension de cette dernière cesse. »

(1) Mémoire de Farabeuf, 1876, p. 56.

Ranke en a publié une observation instructive que nous reproduirons dans notre second chapitre. Il reconnaît que l'obstacle est constitué par le ligament intersésamoïdien. Par l'excision de ce ligament il parvient à réduire mais ne peut maintenir la réduction (1).

Marcano (2) cite une observation recueillie chez Dolbeau. Dans ce cas, la réduction ne peut être réduite que par un large débridement portant jusque sur le ligament antérieur de l'articulation ; la réduction s'obtient, malgré celà, avec assez de peine, mais le malade sortit bien guéri de l'hôpital.

A l'exemple de Ranke, certains chirurgiens ne se sont pas contentés d'inciser le ligament intérieur, ils l'ont réséqué. Tillaux cite dans sa *Chirurgie clinique* un cas de ce genre où il ne put remettre en place les surfaces articulaires « qu'après résection de ce ligament. »

Bæckel en rapporte également une intéressante observation (3) dans laquelle il dit avoir enlevé à l'aide de ciseaux l'os sésamoïde couché parallèlement au grand axe de la première phalange entre la base de cette phalange et la face postérieure du métacarpien, sa surface articulaire correspondant à cette face.

Le pouce est immobilisé après réduction sur une attelle en zinc et le quatorzième jour le malade sort guéri de l'hôpital.

Une quinzaine après, l'opéré avait récupéré les mouvements de flexion et d'extension.

(1) Berlin, *Klin. Wochens.*, in *Revue Hayem*, p. 293, t. XI.

(2) *Bulletin gén. de thérapeutique*, 15 et 30 septembre 1875.

(3) *Gaz des hôpitaux*, 31 décembre 1881.

Enfin, en juin 1887, M. Chauvel a publié une observation de luxation du pouce, dans laquelle M. Richon avait dû recourir à l'intervention sanglante.

Après avoir pratiqué sur le bord externe de l'articulation une incision de trois centimètres, parallèle à l'axe du doigt, pénétrant jusqu'aux os, il avait, à son arrivée sur l'interligne, débridé légèrement en avant et en arrière; puis, faisant exercer une traction sur la dernière phalange, il avait glissé le bouton d'un stylet le long du bord antérieur de la cavité glénoïde entre la surface articulaire et le ligament antérieur, qu'il avait rabattu vers la face palmaire.

Cette manœuvre réussit du premier coup et aussitôt après l'échappement du stylet, la réduction s'opéra et d'une façon définitive (1).

3° MUSCLES.

Les muscles ont été considérés très longtemps comme étant l'obstacle à la réduction. On accusait la boutonnière musculaire qui résultait de la perforation par la tête métacarpienne de certains muscles de l'éminence thénar et de son passage, dit Farabeuf, entre le tendon du long fléchisseur et le muscle sésamoïdien interne d'une part, et le muscle court fléchisseur ou sésamoïdien externe d'autre part. Les deux premiers constituent la lèvre interne de la boutonnière, le second la lèvre externe.

(1) *Semaine Médicale*, 29 juin 1887, p. 266. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, XIII, p. 410.

L'incision de la boutonnière musculaire recommandée par Malgaigne et Vidal (de Cassis), fut pratiquée sans succès, en 1845, à l'hôpital Saint-Antoine.

Frank eut un succès par le même procédé(1). De nos jours, peu de chirurgiens s'attaquent à cet obstacle. Marcano de ses expériences sur le cadavre, avait tiré la conclusion que la boutonnière musculaire ne rend pas la réduction impossible (2) et Farabeuf, dans son mémoire, dit : « avoir vu couper dans toute son épaisseur la lèvre externe de ladite boutonnière sans rendre la luxation réductible par la traction. »

Cependant Holmes et Hulke ont conseillé la section sous-cutanée de la lèvre externe. M. Paquet, de Lille, est également partisan de la division de la lèvre externe. En 1887, sur deux cas opérés par ce procédé, M. Paquet aurait eu deux succès.

4° TENDONS

L'incision tendineuse a été pratiquée par Wodsworth sur le long fléchisseur du pouce. Son déplacement se trouvait tel que le chirurgien put réduire après cette section.

Cet obstacle tendineux est assez rare dans les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce surtout constitué par le long fléchisseur. Il est beaucoup plus

(1) *Deutsche chirurgie von Billroth und Lücke, in* Poissot 1883.

(2) *Bulletin gén. de thérapeutique*, 1875.

fréquent dans les luxations des quatre autres doigts. Sur le pouce, il a été rencontré par Wodsworth et Esmarch, c'est-à-dire deux fois.

Il se place sur les côtés de la phalange luxée ou bien s'interpose entre la base de la phalange et la tête du métacarpien. La déviation latérale est plutôt observée dans l'articulation phalango-phalangettienne. Elle a été bien étudiée par le Dr Louis (1) qui a donné à ce déplacement le nom de « prise en sautoir », dénomination proposée par M. Chandelux.

Lorsqu'elle existe dans la luxation métacarpo-phalangiennne, cette prise en sautoir ne peut pas être constatée sans qu'on fasse au préalable l'incision des téguments de la face palmaire. Doit-on, après avoir reconnu cette cause d'irréductibilité, sectionner le tendon ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner dans un moment.

Telles sont les diverses méthodes mises en usage pour lutter contre l'irréductibilité qui provient des parties molles. L'historique en est surtout intéressant parce qu'il renferme les diverses opinions émises sur l'obstacle à la réduction. Disons tout de suite qu'un certain nombre de ces méthodes ne sauraient subsister pour la raison qu'elles ne répondent plus à la véritable cause d'irréductibilité, si bien mise en lumière par M. le professeur Farabeuf, dans son mémoire de 1876, qu'il termine ainsi :

« Il est donc bien vrai que les luxations du pouce sont surtout des luxations des os sésamoïdes, ou, pour

(1) Thèse de Lyon, Louis, décembre 1887.

préciser davantage, de l'os sésamoïde externe, et que le meilleur procédé de réduction consiste à se servir de la phalange comme d'un instrument rigide introduit dans le foyer de la luxation pour heurter, pousser, chasser devant elle l'osselet déplacé et le tissu fibreux au sein duquel il est plongé. »

L'obstacle est donc connu. Il reste à savoir s'il est toujours constant et unique.

Dans la luxation complexe, les os sésamoïdes sont toujours remontés sur le dos du métacarpien et agissent vis-à-vis de la phalange à la façon d'un verrou qui l'empêche de se replacer en avant du métacarpien (1).

Quant à constituer l'unique obstacle, nous ne le pensons pas. Dans quelques expériences sur le cadavre où nous avons produit la luxation métacarpo-phalangienne du pouce, nous n'avons pas obtenu la luxation complexe, la seule rebelle, pour les raisons que nous n'avions pas en main les moyens d'employer les procédés recommandés par Farabeuf. Nos luxations se réduisaient toujours avec une étonnante facilité. Toutefois il nous a été possible de constater la déchirure du ligament antérieur et le chevauchement constant des os sésamoïdes sur le dos du métacarpien.

De plus, dans deux cas, nous avons remarqué que le tendon du court extenseur au-dessous duquel la tête du métacarpien s'était engagée, pouvait devenir une cause adjuvante d'irréductibilité. Il s'appliquait en arrière de la tête qui le retenait par la saillie de son rebord de telle sorte que plus grand était l'effort de

(1) Mémoire Farabeuf.

traction, plus forte était la résistance opposée au remplacement du tendon. Cette particularité se montrait de préférence dans les cas de traumatisme très violent exercé sur le pouce, alors que la tête métacarpienne venait faire saillie en dehors, sous les téguments de l'éminence thénar, tandis que la phalange luxée était dirigée du côté de l'indicateur et tendait à former un angle obtus avec le métacarpien. Le tendon prenait alors une direction oblique par rapport à ce dernier, qu'il croisait de dehors en dedans.

Mais nous répétons que cet obstacle n'est que secondaire et que dans le traitement sanglant l'attaque au moyen du bistouri doit être dirigée contre les os sésamoïdes.

S'il n'a pu réussir au moyen de la pince de Farabeuf, le chirurgien devra-t-il s'en tenir là ? Dans le cours de ce chapitre, nous avons fait justice de cette opinion, soutenue encore aujourd'hui par Blum (1), qui s'exprime ainsi :

« Malgré tous les progrès qu'ont fait accomplir à la chirurgie les pansements nouveaux, nous n'oserions recourir à ces opérations, persuadé que nous sommes que les risques à courir ne valent pas les avantages qu'on en retirerait. »

M. le professeur Ollier n'est point de cet avis. Il conseille même « de ne pas trop s'appesantir sur les tractions énergiques qu'on se croyait autorisé à faire autrefois et qui ont amené plus d'un accident. »

Nous signalerons celui de Bromfield qui dans des

(1) *Chirurgie de la main.*

manœuvres de traction arracha la phalangette et un autre tant de fois cité, celui de Dupuytren, qui vit à la suite de manœuvres de ce genre le pouce se gangrener, un phlegmon suppuré se déclarer dans l'avant-bras, accidents qui emportèrent le malade en peu de jours (1).

Nous devons donc recourir à l'intervention sanglante. Pour cela nous avons les deux méthodes mentionnées plus haut ;

Incision sous-cutanée, méthode *a priori*, incision à ciel ouvert, méthode *a posteriori*.

La première a pour avantages de ménager les tissus, de lutter contre l'obstacle par une incision étroite qui ne laisse qu'une cicatrice négligeable. Mais est-on bien sûr de tomber d'emblée sur cet obstacle et de ne pas léser des tendons ou des ligaments dont la section nuira par la suite au fonctionnement de l'articulation ?

Avec les ressources que nous possédons aujourd'hui, pour mettre les plaies à l'abri des germes infectieux, il est incontestablement préférable d'employer la seconde méthode qui consiste à ne toucher que ce qui gêne ou résiste.

La plupart des traités de clinique, de pathologie ou de thérapeutique chirurgicales paraissent d'ailleurs incliner de ce côté-là.

M. Poinsoit lui-même qui semble très réservé en la question, admet, il est vrai, l'incision sous-cutanée comme premier acte opératoire dans les luxations irréductibles récentes : « Mais, dit-il, on aurait recours ensuite à l'ouverture de l'articulation en cas d'insuccès

1 Dupuytren, *Leçons orales de clinique*.

de cette première opération. » Pour les luxations anciennes, c'est même à l'arthrotomie qu'il donne la préférence (1).

Dans le traité de thérapeutique de MM. Forgue et Reclus, l'arthrotomie et l'excision du ligament glénoïdien sont recommandées, même dans le cas de luxations récentes, et l'auteur cite même le cas de résection de M. le professeur Ollier qui a donné des résultats merveilleux.

L'anatomie pathologique de la luxation étant connue, on-incrimine encore les ligaments latéraux qui, à cause de leur inextensibilité, ne permettent pas un écartement suffisant entre les deux os articulés pour que les os sésamoïdes reprennent leur place. On a donc songé à les sectionner et bien plus on dit même avoir eu des résultats heureux par la suite.

Mais nous nous demandons ce que devient cette articulation qui n'est plus contenue latéralement ? Il semble qu'elle doive perdre de sa solidité et que des mouvements de latéralité, si faibles qu'ils puissent être, persistent et constituent par cela même un résultat défectueux.

Pour MM. Forgue et Reclus « attaquer les muscles et les ligaments latéraux, ainsi que l'ont fait de vieux opérateurs, est irrationnel, car leur conservation est précieuse. »

Nous rejetons donc absolument le procédé qui consiste à sectionner les ligaments latéraux.

L'attaque du ligament antérieur et l'excision des

(1) Foinot *in* Hamilton, *loc. cit.*, p. 994.

sésamoïdes ont été préconisées, avons-nous vu, par un certain nombre de chirurgiens.

Ranke sectionne longitudinalement le ligament, il ne parvient pas à réduire. Ce n'est que par l'excision des sésamoïdes qu'il arrive au succès. Mais là, un grave inconvénient se présente : la constitution de la jointure n'est plus normale. La véritable articulation des os sésamoïdes avec le métacarpien fait défaut et il s'ensuit que les os ne peuvent pas tenir en place.

Quant à Boechel, par l'extirpation des sésamoïdes et l'immobilisation consécutive de la jointure, il obtient un résultat presque parfait.

Deux résultats contradictoires, il est vrai, mais qui s'expliquent pas la modification de l'articulation laquelle dans un des deux cas n'a pas été assez prononcée pour amener la récurrence de la luxation. « La résection des sésamoïdes est une opération qui réussit rarement, dit M. Thiau ; presque toujours la luxation récidive ou l'articulation suppure, et finalement il faut en arriver à la résection de la tête métacarpienne. »

Il est bien regrettable qu'elle présente autant d'inconvénients ; sans cela elle serait la méthode rationnelle par excellence puisqu'elle s'attaque directement à l'obstacle. Mais enfin si elle doit disparaître, il n'en reste pas moins l'incision du ligament antérieur qui, elle, donne le plus souvent les meilleurs résultats.

C'est le procédé de M. Jalaguier, qui s'exprime ainsi :

« Lorsque la luxation est complexe et absolument irréductible du fait du ligament glénoïdien, il suffit, pour voir la luxation se réduire facilement, de section-

ner par une ténatomie sous-cutanée cette bandelette fibreuse transversale, sur toute sa largeur, dans l'axe du métacarpien qui sert de point d'appui. Il faut un ténotome fort, à lame courte; l'instrument ponctionnant la peau à deux centimètres en arrière de la base de la phalange, en dehors du tendon extenseur, est mené vers la facette articulaire de la phalange, et sectionne le ligament glénoïdien interposé, sur une étendue d'un centimètre environ, en appuyant fortement sur la face dorsale du métacarpien. »

Evidemment, les indications de M. Jalaguier sont fort précises, mais son procédé a le tort d'agir comme toutes les sections sous-cutanées, à l'aveuglette.

« Il ne peut plus être question aujourd'hui de sections sous-cutanées, dit M. Ollier. On ne sait ce qu'on fait en pareil cas. Avant tout, il faut voir clair pour ne couper que ce qui résiste. »

Quant à la méthode de M. Richon, qui consiste à récliner avec un stylet le ligament antérieur interposé, elle nous paraîtrait de toutes la meilleure, si son efficacité ne pouvait être mise en doute. Elle présente cet avantage qu'elle n'attaque avec le bistouri aucun élément essentiel de l'article.

Mais ce battant de table, ainsi que M. Farabeuf appelle le ligament glénoïdien, se laissera-t-il toujours déprimer par le stylet? Nous ne le pensons pas. S'il a résisté aux efforts de traction et d'abaissement de la phalange au moyen de la pince, nous ne pouvons nous résoudre à croire qu'il cédera à la pression d'un stylet.

En résumé, la section du ligament glénoïdien, ainsi

que l'entend M. Jalaguier, a le tort d'être aveugle et de relever ainsi de la section sous-cutanée.

Nous préférons voir diviser le ligament après incision à ciel ouvert. Quant à l'excision des sésamoïdes, elle est au plus haut point chirurgicale, mais on peut lui faire le reproche de retrancher à l'articulation des éléments importants.

Il nous reste à examiner les procédés d'intervention dirigés contre les muscles ou les tendons. Cet examen ne doit pas nous arrêter longtemps, la boutonnière n'étant plus incriminée comme cause d'irréductibilité et la suppression des tendons étant trop fâcheuse pour le fonctionnement consécutif de l'articulation.

Disons donc que les succès obtenus par M. Paquet, de Lille, ne sont pas sans nous causer un grand étonnement. Peut-être l'irréductibilité n'était-elle pas très tenace et eût-elle cédé à des manœuvres de traction prolongées.

Quant à la section tendineuse, elle a été mise en pratique dans un temps où on ignorait encore le rôle du ligament glénoïdien.

Nous la rejetons absolument, et nous disons que si le tendon se trouve interposé entre les deux surfaces articulaires ou bien affecte la déviation que nous avons signalée sous le nom de : « prise en sautoir », il est beaucoup plus simple d'aller à sa recherche par une incision à ciel ouvert, comme l'a fait Esmarch, et de le récliner avec un crochet mousse.

CHAPITRE II

Nous venons de passer en revue et de critiquer les quatre premières sortes d'interventions contenues dans la classification de M. Thiau.

Nous avons vu que toutes s'attaquaient à des parties molles, ligaments, muscles et tendons. Le cinquième et dernier mode, qui se rapporte au squelette, fera, en raison de son importance, le sujet de notre second chapitre.

Nous ferons rapidement son historique; puis, nous exposerons les idées des auteurs contemporains sur la question, pour passer ensuite à l'examen des faits qui militent en faveur de cette opération.

Dans plusieurs occasions nous avons parlé au chapitre précédent, de résection. Nombre de chirurgiens ont dû, en effet, recourir à cette opération, pour obtenir une articulation solide après une réduction certaine.

Ce n'est que par la résection que Lücke parvint à maintenir les surfaces articulaires. Si on a bien présente à l'esprit l'anatomie pathologique de la luxation, on comprend sans peine que les sésamoïdes imparfaitement replacés soient une cause de reproduction de la luxation.

D'autre part, les a-t-on excisés ? De prime abord on pourrait déduire de ce que nous avons dit que si leur présence gêne ou empêche la réduction, l'excision complète du ligament glénoïdien comprenant les deux os, conduisit au but poursuivi. Il n'en est rien. Nous l'avons vu, l'articulation se trouve transformée et Ranke doit faire la résection osseuse après de vaines tentatives de réduction par l'excision des sésamoïdes.

Dès lors la résection paraît devoir être le moyen ultime pour triompher des luxations rebelles.

Elle a été du même coup indiquée par Vidal (de Cassis) et blâmée par Malgaigne qui trouvait plus simple de s'attaquer à la boutonnière musculaire.

A une époque reculée, Evans, de Kettey (1), dans deux cas, eut recours à la résection pour des luxations récentes. Les plaies se réunirent par première intention, et les malades recouvrèrent l'usage de leurs

(1) Hey-Practical obs. *in-Surgery*, 3^e édit. 1814, p. 380, *in* Poinot 1883.

pouces presque aussi bien qu'avant l'accident, une certaine mobilité s'étant conservée dans la jointure.

Puis, nous savons qu'un très long espace de temps s'écoula pendant lequel l'arthrotomie fut condamnée.

Lücke en 1871, résèque la tête du métacarpien et préconise sa méthode sans rencontrer de partisans.

Vers le même temps, Andrew Clarck (1) ne peut réduire la luxation du pouce. Cinq semaines après, nouvelles tentatives sous le chloroforme, insuccès. Trois semaines plus tard, section sous-cutanée de tous les tendons autour de l'articulation, nouvelles tentatives qui échouent.

Résection de la tête du métacarpien; le pouce est remis en place, en vingt-trois jours, guérison de la plaie opératoire. Au bout d'un mois et demi, l'opéré peut se servir de sa main.

Puis nous devons attendre l'année 1877, avant de trouver une nouvelle observation de résection.

Ranke, dans un cas de luxation du pouce, datant de quatre semaines et rebelle à toutes les tentatives de réduction reconnaît que l'obstacle est constitué par le ligament intersésamoïdien.

La section longitudinale de ce ligament ne suffit pas pour amener la réduction. Il faut encore détacher de l'os les sésamoïdes et les en écarter. Alors seulement une extension énergique et exagérée ramène les surfaces en place. Mais la phalange tend incessamment à remonter sur le dos du métacarpien, ce qui décide Ranke à réséquer la tête de ce dernier. La réduction est enfin opérée,

(1) *Th. Lancet*, 1872.

l'incision suturée et le tout recouvert d'un pansement de Lister avec drain, puis fixé sur une attelle.

Le résultat final laisse à désirer. Il y a ankylose presque complète dans l'extension (1).

Enfin Sédillot eut un succès complet chez un malade auquel il réséqua l'extrémité de la première phalange du pouce dans un cas semblable de luxation en arrière (2).

Voilà donc six cas de résection dans des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

A vrai dire, certains résultats, d'après l'avis même de leurs auteurs, ne sont point merveilleux. Cependant les deux résections d'Evans de Kettey, les plus anciennes de toutes, auraient été suivies d'un véritable succès puisqu'il est rapporté que « les opérés recouvrèrent l'usage de leurs pouces presque aussi bien qu'avant l'accident. »

Lücke ne pouvait guère espérer un résultat brillant ; il a soin de dire qu'il eut recours à la résection dans des conditions mauvaises. L'article avant l'opération, était malade et suppurait.

Clarck affirme que son opéré au bout d'un mois et demi, peut se servir de sa main.

« Mais, fait observer judicieusement M. Polaillon (3), le chirurgien ne s'explique pas sur les fonctions du pouce » et en effet on peut supposer qu'elles n'étaient pas précisément voisines de la perfection.

(1) Ranke Berlin, *Klin. Woch.*, in. *Revue Hayem*, t. XI, p. 293.

(2) Sédillot, *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, in Poinso, 1883.

(3) *Dict. encyclopéd.* Art. doigt.

Il est fort possible que le pouce n'ait pas récupéré l'intégrité de ses fonctions, mais si Clark ajoute que son malade au bout d'un certain temps pouvait se servir de sa main, il nous paraît logique d'en déduire qu'il avait au moins une articulation solide, douée peut-être d'une certaine mobilité, ce qui, à notre avis, n'est pas un résultat négatif.

Il est vrai que M. Farabeuf a formulé le précepte que dans la chirurgie des doigts « la fonction prime la forme ». A ce titre, on pourrait admettre que l'intervention sanglante n'est pas de nécessité absolue. « On a vu, dit M. Hanotte (1), des malades à force de courage, d'ingéniosité et de persévérance, obtenir le rétablissement presque complet d'un membre luxé ».

Mais les malades auront-ils toujours les qualités requises pour arriver à un pareil résultat ? N'est-il pas plus commun, au contraire, de rencontrer des luxés qui ne se soucient de leurs jointures que pour se plaindre de la douleur qu'ils éprouvent au moindre mouvement fait en vue du rétablissement de la fonction ? Il vaut bien mieux, à notre sens, les dispenser de tant de courage en supprimant leur infirmité, en leur faisant une sorte de « cure radicale ».

L'assertion de M. Hanotte pourrait, d'un autre côté, être vraie pour les luxations en général. M. Polaillon, qui opinerait plutôt pour l'abandon de l'article luxé, n'est point aussi affirmatif en ce qui concerne les luxations du pouce :

« La pseudarthrose se forme à la longue, dit-il, et

(1) Hanotte, thèse de Lyon 1888.

l'expérience prouve que le pouce récupère une partie de ses fonctions ».

Ainsi le pouce ne recouvrerait qu'une partie de ses fonctions. Mais dans l'histoire de la résection, à part le cas de Ranke qui reconnaît un insuccès complet, toutes les articulations redeviennent plus ou moins mobiles ou, en d'autres termes, se rapprochèrent plus ou moins du fonctionnement normal.

En outre, il ne faut pas oublier que le premier inconvénient de luxation laissée en l'état, dont parle M. Japiot, c'est-à-dire « de la difformité considérable » a totalement disparu.

L'intervention sanglante, ou, pour être plus précis, la résection pratiquée dans les cas de nécessité absolue aurait, toutes choses égales d'ailleurs, l'avantage de rendre au pouce luxé sa forme régulière et normale.

Mais ce n'est pas tout, et nous savons qu'en cas d'ankylose, se forment à la longue dans l'articulation trapézo-métacarpienne des mouvements qui ne sont point d'une utilité secondaire, les mouvements d'opposition, si importants pour les usages de la vie.

M. Polaillon ne pense pas qu'on puisse éviter l'ankylose dans la résection métacarpo-phalangienne :

« Ankylose presque certaine ou articulation de polichinelle, tel est l'avenir habituel de cette opération.

« Pourtant elle doit être employée dans certains cas, quand la luxation est compliquée de plaie. »

De même Nélaton et M. Richet pensent qu'elle n'est justifiée que lorsque la tête osseuse fait saillie à travers les téguments déchirés.

Nous allons voir que le plus grand nombre des auteurs contemporains en sont encore à redouter la résection.

Follin et Duplay ne conseillent même pas l'intervention sanglante quelle qu'elle soit, les avantages qu'on en recueille ne répondant pas aux risques à courir.

M. Bouilly, dans les quatre agrégés, n'admet pas la résection contre laquelle il donne un nouvel argument :

« Si l'on considère, dit M. Bouilly, que la luxation a la plus grande tendance à se reproduire après cette opération, ou bien que l'ankylose en est un résultat fréquent, on voit que cette conduite ne peut être qu'exceptionnelle. »

Ainsi M. Bouilly lui trouve un inconvénient que nul n'avait signalé jusque-là et que nous n'avons rencontré nulle part. Bien plus, dans les six cas de résection que nous avons relatés, cette terminaison défectueuse n'est pas mentionnée une seule fois.

Avec la faible expérience que nous possédons, nous ne saurions répondre d'une façon catégorique à un tel reproche. Pourtant, nous nous croyons autorisé à dire que cette reproduction de la luxation ne doit guère se montrer que dans les cas où l'articulation a perdu toute sa solidité par suite de la rupture complète de ses attaches capsulaires. Ce fait existe dans les luxations produites par un traumatisme violent et qui sont le plus souvent compliquées de plaies.

Il serait peut-être possible d'y remédier non pas totalement, puisqu'on ne peut refaire une capsule à l'arti-

culation mais dans un certain degré, en prolongeant l'immobilisation du pouce après l'opération. Cette immobilisation aurait pour but de favoriser les adhérences des débris capsulaires avec les tissus péri-articulaires, et d'amener l'ankylose complète ou incomplète, qui dans ces circonstances doit être préférée à l'articulation *ballante*.

MM. Duplay et Reclus sont très brefs en ce qui concerne la résection dans la luxation irréductible du pouce. « Quelques-uns, disent-ils, furent obligés de réséquer la tête métacarpienne et les fonctions de la jointure restèrent compromises. A côté de cela, plusieurs cas avec bon résultat ont été publiés. »

C'est là, en somme, ce que nous avons pu conclure des quelques cas de résection publiés. On sait que, d'après eux, l'ankylose seule est invoquée comme argument pour combattre la résection et qu'il n'est plus question de la récurrence de la luxation.

Quant à M. Poinsoy qui s'est occupé particulièrement du traitement des luxations, il dit : « que la résection ne saurait être justifiée que pour les cas où la réduction, avec ou sans section ligamenteuse, aurait été impossible à obtenir. »

Il se déclare donc partisan de la résection, comme moyen ultime de réduction. Il tomberait absolument d'accord avec nous, si par section ligamenteuse, il entendait exclusivement la division du ligament glénoïdien.

De même, M. le Dr Tillaux paraît opter pour l'intervention radicale, quand il dit que « si la luxation était irréductible, on ne réussirait qu'en mettant à nu les

surfaces articulaires et en sectionnant les parties qui s'opposent à la réduction » (1).

Il ne parle pas de résection, il est vrai, mais il semble préconiser l'*intervention à outrance*, c'est-à-dire, l'intervention jusqu'à la réduction.

Dans le traité de thérapeutique chirurgicale de MM. Forgue et Reclus, on trouve relatés des cas de résection du métacarpien. Les auteurs n'acceptent ni ne condamnent la résection.

M. Chandelux recommande la résection des extrémités articulaires, comme dernier moyen de réduction (2).

M. le professeur Poncet est partisan d'une intervention sanglante dans la luxation irréductible du pouce en arrière, quelle que soit la période de l'irréductibilité. Il lui paraît rationnel, dans les premiers jours qui suivent la luxation, d'essayer naturellement les procédés simples sous l'anesthésie. Mais si la luxation résiste à ces manœuvres de force qui doivent toujours être pratiquées avec une grande circonspection, il n'hésite plus à recourir d'emblée à une intervention sanglante.

En raison, en effet, des accidents que nous avons déjà signalés, les tentatives de réduction par tractions violentes qui constituent toujours des moyens thérapeutiques à double tranchant, doivent être rapidement abandonnées.

Faut-il, lorsque la chose est possible, réduire ou

(1) Tillaux. *Traité de Chirurgie clinique*.

(2) Thèse de Lyon, Louis, 1887.

préalablement réséquer une portion des extrémités articulaires ?

Quand on est absolument sûr de son antiseptie, qu'on peut suivre son malade, que d'autre part, les désordres locaux ne sont pas trop étendus, M. Poncet croit la syndesmotomie une très bonne intervention.

S'agit-il d'une luxation ancienne, alors qu'aux causes habituelles d'irréductibilité viennent s'ajouter, comme dans toute luxation, l'irréductibilité par déformation articulaire, par adhérences ? La réduction ne peut être obtenue qu'après avoir réséqué l'extrémité articulaire du premier métacarpien.

C'est là le moyen non seulement de réduire, mais d'obtenir au point de vue fonctionnel un meilleur résultat.

Dans une luxation infectée, récente ou ancienne, M. Poncet, comme MM. Polaillon et Poincot, est d'avis qu'il faut toujours pratiquer la résection métacarpienne. C'est le moyen d'obtenir un large drainage, capable de combattre les accidents infectieux, de s'opposer au phlegmon de la main particulièrement redoutable dans ces lésions traumatiques devenues septiques.

Enfin, M. le professeur Ollier, après avoir fait justice des incisions sous-cutanées, s'exprime de la façon suivante sur l'incision à ciel ouvert :

« Mais cette syndesmotomie à ciel ouvert n'est pas toujours efficace. Elle devient insuffisante au bout de quelques jours, quand les parties se sont enflammées. Les tendons et les débris capsulaires sont agglutinés entre eux ; les muscles rétractés et infiltrés ont perdu toute élasticité, et même après la section et l'excision

du ligament glénoïdien, on ne peut pas réduire. Il est impossible de faire redescendre la phalange au niveau de la tête du métacarpien. C'est ce qui nous a contraint à recourir à la résection. »

Ainsi, il est bien établi qu'il peut se présenter des luxations métacarpo-phalangiennes pour lesquelles il n'y a de traitement efficace que la résection. Nous avons montré la supériorité d'une luxation réduite sur une luxation abandonnée à elle-même. Il nous reste en ce moment à examiner quels sont les dangers ou les inconvénients d'une pareille intervention, en recherchant les moyens à l'aide desquels on pourra y remédier.

La résection de la tête métacarpienne présente-t-elle beaucoup de gravité ?

Autrefois, dans les interventions portant sur les os et surtout aux extrémités articulaires, on avait à craindre une complication qu'on ne retrouve plus guère actuellement, c'est le tétanos. Depuis l'introduction dans la chirurgie des pansements antiseptiques, il n'en est plus guère question, alors que cet accident persiste encore dans les plaies articulaires qui n'ont pas été soumises à l'antisepsie, le point de départ pouvant résider dans les plus petites articulations des phalanges.

Mais hâtons-nous de dire qu'on peut être à peu près sûr de ne pas rencontrer cette complication dans l'ouverture articulaire faite sous le couvert de l'antisepsie et qu'elle peut être considérée comme négligeable.

Il en est une autre, beaucoup plus à redouter, c'est la suppuration. Moins dangereuse que la première, elle peut être, par contre, beaucoup plus fréquente et

ce n'est que par une antisepsie rigoureuse qu'on parviendra à l'éviter.

La suppuration, avons-nous vu, est une des causes principales de la terminaison par l'ankylose. Outre l'inflammation intra-articulaire qui l'accompagne et qui gêne les mouvements passifs faits en vue du rétablissement de la fonction, elle donne de plus naissance des productions de nature fibreuse qui amènent des adhérences entre les diverses parties molles qui entourent l'articulation. Il s'ensuit la disparition des mouvements articulaires, perte énorme pour le doigt luxé.

Il faut donc s'efforcer de combattre la suppuration. Un seul moyen se présente : l'antisepsie rigoureuse. Cette antisepsie sera difficile à obtenir dans les luxations compliquées, où des morceaux d'étoffe infectée ou des impuretés quelconque venant du dehors auront pénétré dans l'articulation. Il sera donc indispensable dans ces cas de faire des lavages longs et fréquents avec les solutions antiseptiques, de faire suivant l'avis de M. Poncet, la résection immédiate qui permettra un large drainage.

L'ankylose peut aussi provenir d'une immobilisation trop prolongée. Moins à redouter pourtant que dans la résection des deux os, métacarpien et phalange, elle se produira plus lentement peut être, mais aussi sûrement.

Il faut d'abord avoir soin, dit M. Ollier, de retrancher une assez grande longueur du métacarpien (dix à douze millim. environ suivant le degré d'ascension de la phalange). On pourra compter sur une articulation mobile et solide à la fois, la conservation de tous

les tissus fibreux articulaires assurant les relations ultérieures des os contigus.

Il ne sera pas nécessaire d'enlever toujours une pareille hauteur ; au début il suffirait de réséquer une tranche de six à sept millimètres, c'est-à-dire ce qui est nécessaire pour permettre la réintégration de la phalange ; mais quand on trouve déjà des tissus hyperplasiés, il est prudent de retrancher une plus grande longueur dans le but de prévenir l'ankylose consécutive. Ici, comme partout, en évitant la suppuration on verra les produits inflammatoires se résorber plus tard ou au moins s'assouplir assez pour permettre la mobilité de la néarthrose. La raideur ne sera que temporaire et grâce à la persistance d'une des surfaces cartilagineuses, on n'aura plus des soudures définitives qui amènent les arthrites suppurées suivies de la destruction du cartilage diarthrodial. »

Nous devons ajouter à ces conseils, les soins à donner à l'article après l'opération :

« Pour obtenir une reproduction osseuse régulière, il importe d'apporter des soins minutieux au traitement consécutif. » dit M. Polaillon. (1)

M. Ollier recommande de modeler l'ossification nouvelle par des pressions méthodiques, par des attelles flexibles de bois d'abord, puis par des doigts de caoutchouc, et plus tard, lorsque la cicatrisation est déjà avancée, de soumettre le doigt à des tractions continues.

Ces soins ne doivent pas être négligés ici comme

(1) *Dict. encyclop.* Art. doigt.

dans toutes les résections. On doit même y attacher plus d'importance que dans les résections d'autres jointures, pour la raison qu'on se trouve en présence d'une articulation dont le fonctionnement a besoin d'une délicatesse et d'une précision exceptionnelles.

Aussi sera-t-il bon de commencer les mouvements passifs aussitôt après l'ablation du premier pansement c'est-à-dire vers le huitième ou le dixième jour. Ces mouvements passifs devront être d'une extrême douceur au début, et progressifs pour ne pas s'exposer à l'inconvénient signalé par M. Bouilly.

Les intervalles entre chaque séance deviendront de plus en plus courts et peu à peu le malade essayera de faire des mouvements sans le secours de son autre main, mouvements actifs qui par leur développement conduiront au résultat espéré de l'opération.

Les luxations anciennes, celles qui d'après M. Ollier datent de plusieurs jours seulement, celles où les *débris capsulaires sont agglutinés* et constituent en somme une seconde cause d'irréductibilité, sont justiciables au plus haut degré d'une large incision. Cette incision permettra de reconnaître en dehors de l'obstacle habituel formé par le ligament glénoïdien, ceux qui sont le fait d'adhérences fibreuses péri-articulaires.

M. Poncet, dans l'observation qu'il nous a fournie, a dû même recourir à une seconde incision faite du côté opposé à la première, pour se rendre compte d'abord des obstacles à la réduction et pour faire ensuite les manœuvres qui convenaient à la réintégration de la phalange.

On comprend sans peine que ces luxations anciennes

plus encore que les luxations récentes doivent être traitées par la résection. Les tentatives de réduction par moyens non sanglants, ne peuvent réussir, surtout si la luxation date de plusieurs semaines. Les tractions exercées sur la phalange n'ont aucune efficacité en raison des adhérences des parties molles qui ne permettront l'écartement nécessaire au remplacement des surfaces articulaires.

Et enfin même après l'ouverture de l'articulation, ce défaut d'extensibilité persistera de telle sorte que ce n'est qu'après lui avoir frayé préalablement un passage qu'on pourra faire passer le ligament glénoïdien et les sésamoïdes du droit du métacarpien à la position qu'ils doivent normalement occuper.

Ainsi, c'est à l'antisepsie que nous devons de pouvoir ouvrir une articulation sans s'exposer non seulement à des désordres tels qu'autrefois ils entraînaient la mort, mais encore à une simple suppuration articulaire qui, comme nous l'avons dit, est suivie le plus souvent d'ankylose de l'article. Par elle nous pouvons éviter cette suppuration. Par conséquent, elle nous permet de mener à bien une opération qui autrefois était redoutable à cause des accidents auxquels elle exposait et peu recommandable au point de vue des résultats.

Cette opération n'a donc plus maintenant d'inconvénients qui la fassent rejeter; elle doit être au contraire pratiquée chaque fois que les autres moyens n'auront pas eu d'efficacité.

CHAPITRE III

Pour la résection de l'articulation métacarpo-phalangienne, l'incision doit porter sur la tête métacarpienne.

Après avoir placé la bande d'Esmarch, lavé et désinfecté convenablement la région, on fait une incision palmaire unique sur la tête métacarpienne, puis une dissection minutieuse, on passe dans un interstice musculaire. Arrivé sur l'os mis à vue, on désinsère la capsule et le périoste et avec la pince de Liston on pratique la décapitation du métacarpien.

Si le sujet est jeune, on fait l'abrasion du périoste, puis on réduit et on suture.

Dans les luxations non compliquées de plaie, après antisepsie rigoureuse, on peut se dispenser de drainer. Mais dans les luxations infectées, le drainage est indispensable. En huit ou dix jours la guérison est obtenue et on peut commencer les exercices orthopédiques (Montaz).

Il est bon d'adjoindre une incision dorsale à l'incision palmaire pour mieux se rendre compte des causes d'irréductibilité et procéder plus facilement à la réintégration de la phalange (Poncet).

La résection ne portera que sur la tête métacarpienne, de façon à conserver autant que possible les os sésamoïdes dont l'utilité subsiste dans la nouvelle articulation (Ollier).

Du reste, la résection métacarpienne est suffisante, et, comme elle présente plus de simplicité que celle de la phalange, elle devra être préférée à cette dernière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Empruntée au *traité des Résections* de M. le professeur OLLIER,
t. II, 1889).

22 ans, militaire (1880). Chute sur la main. Luxation de la première phalange du pouce. Immédiatement après on fit plusieurs tentatives de réduction, mais sans succès, sans anesthésie, il est vrai. Ollier le vit après sept jours. Nouvelles tentatives infructueuses, seulement quelques ecchymoses autour de la deuxième phalange.

Repos de six jours à cause de la contusion des parties produites par la double tentative de réduction.

Sur le bord radial, incision de 3 à 4 centimètres pour mettre à nu la tête du métacarpien.

Incision du ligament latéral externe et de la capsule glénoïdienne, mais nous ne pûmes pas remettre les os en place. Nous vîmes alors que les os étaient retenus par l'épaississement inflammatoire et la fusion de tous les tissus périphériques. Nous enle-

vâmes le sésamoïde externe qui nous semblait apporter un obstacle réel et en passant entre les os nous allâmes couper le ligament latéral interne ; mais, malgré ces sections, il nous fut impossible de réduire. Il avait fallu couper encore les tendons insérés sur la première phalange. Nous nous décidâmes alors à la résection ; nous fîmes saillir la tête du métacarpien. Nous la dépouillâmes du périoste et du reste des insertions musculaires et ligamenteuses et nous la sectionnâmes avec une cisaille à 12 millimètres au-dessus du point le plus saillant de sa surface articulaire. La phalange fut alors ramenée sans peine dans la direction normale.

Pansement antiseptique. Pas de fièvre, pas d'accidents locaux.

Les mouvements se rétablissent peu à peu et bientôt le malade se servit de sa main sans gêne et sans fatigue pour tous les usages de la vie.

Sept ans et demi après l'opération :

Pouce opéré raccourci d'un centimètre ; à part ce raccourcissement, aussi gros, fort, souple et mobile que celui du côté opposé. L'articulation métacarpo-phalangienne se fléchit et s'étend également des deux côtés.

Passivement et activement l'articulation a la même souplesse. Malgré la perte de l'os sésamoïde externe, au niveau duquel la cicatrice présente une dépression sensible, la phalange est très solidement fixée au métacarpien. Il n'y a plus de mobilité latérale que du côté sain. Quoique l'opération ait eu lieu à gauche, la force est presque aussi grande du côté opéré pour les mouvements du métacarpien et des phalanges du pouce.

Au dynamomètre, la pression entre le pouce et l'index marque :

A gauche (côté opéré), 9 kilogrammes. — A droite (côté sain), 10 kilogrammes.

La pression à pleine main donne :

A gauche, 40 kilogrammes. — A droite, 42 kilogrammes.

Pour aucun mouvement (flexion, extension, circumduction, opposition), il n'y a de différence appréciable entre les deux mains.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PONCET).

Luxation irréductible du pouce droit datant de quatre mois. — Arthrotomie; résection de l'extrémité articulaire du premier métacarpien. — Réduction; récupération de tous les mouvements.

A... L..., âgée de 28 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet, au mois de décembre 1887, pour une luxation du pouce en arrière.

Impotence fonctionnelle à peu près complète.

En raison de la nature de la luxation, de son ancienneté, M. Poncet ne fait aucune tentative de réduction. Il pratique sous l'anesthésie une incision sur la face palmaire répondant directement à la tête du métacarpien qui fait saillie sous la peau; incision verticale suffisante — de trois centimètres environ — pour permettre la luxation de la tête. Avec de petites cisailles, section de cette extrémité osseuse à deux ou trois millimètres au-dessus du plateau articulaire. On obtient ainsi une réduction à peu près complète. La phalange paraissant manquer de mobilité, incision sur la face dorsale, ménageant également les tendons voisins comme l'incision précédente; excision de débris capsulaires recouvrant les extrémités osseuses; réduction facile; tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée dont une mèche traverse l'interligne articulaire. Immobilisation dans l'attelle plâtrée.

Au huitième jour, renouvellement du pansement; plaie granuleuse, aseptique. Points de suture réunissant les bords par première intention.

Douze jours après, changement du pansement; guérison. La

malade peut exécuter de petits mouvements de flexion et d'extension. On se rend compte qu'avec une gymnastique convenable le pouce pourra rendre des services comme à l'état normal.

La malade quitta l'Hôtel-Dieu cinq semaines après son entrée. Elle a été revue par M. Poncet sept mois après l'opération. Les mouvements du pouce sont plus limités que ceux du côté opposé, mais la malade n'éprouve aucune douleur. Elle dit se servir de son pouce comme de ses autres doigts et pouvoir comme par le passé vaquer à ses occupations journalières.

OBSERVATION III

Dans le courant de l'année 1887, entrant dans le service de M. Montaz, une fillette de 10 ans, qui s'était fait, en tombant de sa hauteur, une luxation du pouce droit huit jours auparavant. Bien entendu, on avait fait appel immédiatement aux lumières d'un rhabilleur. Celui-ci, tirant de toutes ses forces sur le pouce, avait transformé la luxation complète en luxation complexe. L'axe de la phalange était presque parallèle à celui du métacarpien et la phalange était fléchie modérément.

La petite patiente fut endormie et on procéda au renversement du pouce, puis à la propulsion de la phalange défléchie; aucune réduction. M. Montaz essaya du dégagement: rien. Après quelques jours de repos, la fillette fut endormie de nouveau et, avec un fin bistouri, on lui fit la section du ligament glénoïdien, d'après Farabeuf, par une incision sur le dos du métacarpien: rien encore. Séance tenante, par une petite incision palmaire, résection semi-articulaire supérieure, réduction: guérison en huit jours.

Elle quitta l'hôpital; elle fut revue environ un an après. Il

existait sur la face palmaire du métacarpien, près de l'extrémité réséquée, une saillie dure, indolente, grosse comme une noisette, et qui parut être de la production osseuse exagérée. M. Montaz regrettait de n'avoir pas sacrifié le périoste plus largement. Mais cette tuméfaction osseuse ne devait être que momentanée.

Nous venons de revoir la jeune opérée et nous n'avons plus trouvé trace de cette saillie. Au contraire deux cicatrices linéaires, l'une dorsale, l'autre palmaire, résultant des deux interventions, sont les seules particularités qui frappent l'œil. Le pouce a une agilité extrême. La jeune fille écrit, tricote, brode ; les travaux de force lui sont également familiers.

Le dynamomètre ne donne aucune différence à droite et à gauche ; si on fait presser toute la main, on a 23 des deux côtés ; si on fait exercer la pression entre le pouce et l'index seulement, on a 10 à droite et à gauche. Les mouvements de flexion, d'extension, de circumduction sont normaux. L'articulation réséquée se fléchit et s'étend peut-être un peu moins que l'autre, et c'est tout. Mais il ne faut pas oublier que le traitement gymnastique a été nul, après la sortie de l'hôpital.

Quant aux mouvements de latéralité, ils sont exactement semblables à droite et à gauche. La colonne osseuse métocarpo-phalangienne, donne huit centimètres et demi du côté opéré et neuf de l'autre. C'est exactement le demi centimètre de tête métacarpienne qui avait été réséquée ; au total, résultat fonctionnel remarquable.

CONCLUSIONS

1° La luxation récente du pouce en arrière qui a résisté aux procédés simples de réduction est justiciable d'une intervention sanglante.

Il en est de même de la luxation ancienne remontant à plusieurs semaines et au-delà et qui peut être considérée comme doublement irréductible ;

2° Nous conseillons avec nos maîtres MM. Ollier, Poncet, Montaz, l'arthrotomie pratiquée par une large incision palmaire qui permet d'arriver immédiatement sur la tête du métacarpien faisant saillie sous la peau et de juger du degré d'irréductibilité ;

3° Une incision parallèle sur la face dorsale éclairera le diagnostic et permettra aussi de compléter les manœuvres opératoires ayant pour but la réduction. Si l'on est sûr de son antisepsie, si, d'autre part, il n'existait pas antérieurement de plaie infectée, la syndesmotomie, lorsqu'elle sera possible nous paraît être l'opération de choix (Poncet) ;

4° Le plus souvent, à en juger tout au moins par nos

observations, on devra pratiquer une résection semi-articulaire.

Il suffira d'enlever la tête du premier métacarpien, sans toucher à la phalange. Cette résection sera aussi économique que possible et l'on ne devra retrancher de l'extrémité osseuse que la quantité nécessaire pour obtenir une réduction parfaite ;

5° Pratiquer sous le couvert de l'antisepsie l'arthrotomie simple ou avec résection doit être considérée comme une opération innocente capable, avec un traitement consécutif, de donner comme dans beaucoup de résections un résultat fonctionnel excellent.

6° Nous repoussons toutes les interventions sanglantes, aveugles telles que l'incision sous-cutanée, les débridements profonds, etc., dans lesquels le chirurgien ne peut savoir exactement ce qu'il fait et alors que ces manœuvres opératoires sont dangereuses.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

PONCET.

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 juillet 1892.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

